UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 76

FACULTÉ DE MÉDECINE

4

DÉLIRES ET TROUBLES MÉNINGÉS DANS LES OREILLONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 juillet 1913

PAR

Armand RICHARD

Né à Josselin (Morbihan), le 29 mai 1886

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 7
LIBRARY

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	VIRES, Professeur, *Président.*	
	GRANEL, Professeur.	*Assesseurs*
	LEENHARDT, Agrégé.	
	EUZIÈRE, Agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIERE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

DÉLIRES ET TROUBLES MÉNINGÉS

DANS LES OREILLONS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 76

FACULTÉ DE MÉDECINE

4.

DÉLIRES ET TROUBLES MÉNINGÉS DANS LES OREILLONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 juillet 1913

PAR

Armand RICHARD

Né à Josselin (Morbihan), le 29 mai 1886

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 14
LIBRARY

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	VIRES, Professeur, *Président.* GRANEL, Professeur. LEENHARDT, Agrégé. EUZIÈRE, Agrégé.	*Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. VIRES, Président.
GRANEL, Professeur.

MM. LEENHARDT, Agrégé.
EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A. RICHARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

A. RICHARD.

SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux que la tradition nous fasse un devoir d'adresser nos remerciements à tous ceux qui nous ont guidé au cours de ces études.

Principalement que M. le professeur Euzière, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a entouré de soins si dévoués au cours de notre maladie, reçoive, avec ce modeste travail que nous lui présentons et pour lequel il nous a grandement aidé de ses conseils, l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

Nos remerciements iront également à tous nos maîtres de cette vieille Faculté de Montpellier que nous aimions à suivre dans leurs services à l'hôpital. Ce sont en particulier MM. les professeurs Carrieu, Forgue et Tédenat, Vedel et Vallois.

Enfin, nous n'oublierons pas non plus nos chers maîtres de l'Ecole de Rennes, desquels nous avons toujours gardé le meilleur souvenir.

Pour terminer, que M. le professeur Vires, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous permette de lui présenter notre plus respectueuse gratitude.

DÉLIRES ET TROUBLES MÉNINGÉS

DANS LES OREILLONS

INTRODUCTION

Jadis certains auteurs considéraient les oreillons comme une affection locale et qui relevait essentiellement de causes locales.

Aujourd'hui cette conception ne rencontre plus de partisans. Pour tout le monde, les oreillons sont considérés maintenant comme une maladie générale, probablement d'origine infectieuse.

Le seul fait de considérer l'allure de cette maladie force à adopter cette opinion.

C'est ainsi qu'on la voit revêtir les formes les plus variées. Le plus souvent c'est la parotide qui est d'abord prise ; puis c'est l'orchite ou la vulvite qui surviennent ; on la voit s'attaquer à la mamelle, au rein. Ailleurs, ce sont les séreuses articulaires ou cardiaques qui se prennent ; chez un autre, c'est sur l'œil ou l'oreille qu'elle se porte.

Il n'est donc pas étonnant que le cerveau et ses enve-

loppes ne se prennent comme le reste. Le contraire serait plutôt surprenant.

Aussi est-il juste que ces manifestations cérébrales des oreillons attirassent depuis longtemps l'esprit des observateurs, et cela, d'autant plus que, dans cette maladie si bénigne, elles sont presque les seules qui aient par elles-mêmes un pronostic grave, presque les seules qui puissent causer la mort.

Cependant, il s'en faut, heureusement, que le pronostic de ces accidents ne soit toujours fatal.

En particulier, dans notre thèse, nous nous attacherons à parler du délire dans les oreillons, délire le plus souvent fugace et passager, mais peut-être, malgré tout, complication la plus effrayante pour l'entourage.

Mais avant, nous donnerons une idée générale des troubles méningitiques et cérébraux des oreillons.

Notre plan sera donc ainsi conçu :

I. — Troubles méningitiques et cérébraux ; article qui sera ainsi décomposé :

a) Troubles cérébraux occasionnant la mort ;

b) Troubles cérébraux se manifestant par des paralysies ou aphasies ;

c) Troubles cérébraux, fugaces et passagers ;

d) Troubles sensoriels et nerveux ;

II. — Du délire dans les oreillons (notions générales).

III. — Observations. (C'est pour nous le chapitre le important de notre thèse.)

IV. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES MÉNINGITIQUES ET CÉRÉBRAUX

A. — Troubles cérébraux occasionnant la mort

Les cas de mort au cours de ces accidents nerveux sont heureusement très rares. Catrin rapporte que dans la statistique de l'armée de 1887 à 1895, portant sur 33.447 cas, il n'y eut que 3 décès par oreillons et 1 seul par complications nerveuses.

Nous ne citerons pas tous les auteurs qui en ont rapporté des cas ; nous prierons le lecteur qui désirerait en connaître quelques-uns de se reporter plus loin à nos observations.

Mais ce sur quoi nous voulons insister, c'est sur le fait que la mort peut se produire par suite de complications nerveuses dues aux oreillons. Quant à l'explication, une seule autopsie, croyons-nous, ayant été faite, celle de Maximovitch, la mort serait due à une méningite séreuse.

L'autopsie en effet révéla : que la surface du cerveau était œdémateuse et violacée, les sillons comblés par un exsudat séro-fibrineux adhérant aux membranes et entourant les troncs nerveux à leur origine comme des fourreaux ; le cervelet et la moelle étaient hyperémiés ; donc tous les caractères de la méningite.

B. — Troubles cérébraux se manifestant par des paralyiess ou aphasies

Ceux-ci, quoique plus fréquents que les derniers, pourraient encore se compter. Monro et Healy, Janson-Zuède, Sorel, Lannois et Lemoine, Glénereau, Liégeois, etc., en citent des exemples.

Ces paralysies ou aphasies peuvent durer plus ou moins longtemps, peuvent même s'installer définitivement. Elles seraient dues à une méningo-encéphalite d'ordre congestif ou inflammatoire ou même à une thrombose de l'artère sylvienne, L'aphasie et la paralysie disparaissant rapidement, il n'y aurait que méningite ; dans le cas contraire, il y aurait encéphalite ou ramollissement ; et cette méningite ourlienne serait prouvée par l'examen du liquide céphalo-rachidien extrait par la ponction lombaire ; on y découvrirait, en effet, la présence de nombreux lymphocytes et la réaction albumineuse du liquide.

C. — Accidents cérébraux graves ne laissant après eux aucune trace

Ces accidents, en général, se présentent un peu avant l'apparition de l'orchite et un peu après la disparition de la parotidite. Cependant, il n'y a là rien d'absolu. Le plus souvent il se présentent donc ainsi : Au cinquième, sixième jour, voire même plus tard, la fluxion parotidienne étant disparue, la fièvre redouble, une céphalalgie violente apparaît ; le délire, les contractures, les convulsions entrent en scène et le malade, qui était dans un état de très grande agitation, tombe bientôt dans le coma. Puis tout cela en général disparaît quand arrive l'orchite. Ces désordres généraux qui, un instant, ont épouvanté les familles et déconcerté les médecins, s'évanouissent comme par enchantement.

D. — Troubles sensoriels et nerveux

Nous arrivons maintenant aux complications qui intéressent les organes des sens. Celles-ci, comme nous l'avons dit plus haut, intéressent surtout l'ouïe et la vue.

L'ouïe peut présenter des phénomènes d'hyperesthésie ou de surdité.

L'individu peut présenter des douleurs auriculaires atroces qui lui enlèvent l'appétit et font craindre un début de méningite. C'est Comby qui le dit.

Mais, le plus souvent, la grande complication est la surdité, qui peut être totale et définitive, qui peut rétrocéder en totalité ou en partie.

La surdité peut être unilatérale ou bilatérale. Elle apparaît presque toujours soudainement, et on n'arrive à découvrir aucune lésion du méat, de la membrane du tympan et de la cavité tympanique.

De plus, l'apparition de la surdité est d'ordinaire précoce et rapide, et, une fois installée, elle se complète de suite ou très rapidement. En outre, et c'est là un de ses caractères principaux, elle est absolument irrévocable et ne rétrocède jamais, malgré les traitements les plus variés et les plus prolongés.

L'opinion la plus généralement admise est que ces troubles auriculaires sont dus à un épanchement séreux ou hémorragique dans l'oreille interne, limaçon ou canaux demi-circulaires.

Les complications oculaires peuvent se manifester de trois sortes : sous forme de conjonctivite, sous forme de dacryo-adénite ou sous forme de troubles sensoriels.

La conjonctivite, qui ne diffère en rien des autres, est trop connue pour que nous la décrivions.

La dacryo-adénite consiste en une tuméfaction douloureuse qui se développe à la partie supéro-externe de l'orbite, au-dessous de la paupière supérieure, et s'accompagne d'œdème des paupières, de rougeur de la conjonctive, de larmoiement, puis au bout de quelques jours entre en résolution.

Les troubles sensoriels consistent en une diminution plus ou moins sensible de l'acuité visuelle, en sensations confuses de brouillard, de fumée.

Mais tous ces troubles sont passagers et s'effacent complètement en quelques jours.

Pour finir, ajoutons seulement qu'au cours des oreillons, il peut survenir un troisième groupe d'accidents paralytiques.

Ceux-ci, loin de relever d'une origine centrale, comme tous ceux que nous avons énumérés jusqu'ici, sont dus à des névrites périphériques.

La polynévrite, annoncée par quelques troubles sensitifs, débuterait peu de jours après le début des oreillons, revêtirait ensuite une forme surtout motrice, et atteindrait les quatre membres ; mais elle serait bientôt suivie d'une réparation progressive.

CHAPITRE II

DÉLIRE

1° — Fréquence

Semble assez rare.

Beaucoup plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant. Il est en effet à remarquer que le délire est une complication de l'oreillon des adultes et surtout de l'oreillon suivi d'orchite ; nos observations en font foi. A cela on peut penser que l'orchite se présente plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant pour la bonne raison que le testicule de celui-ci n'est pas encore formé ou arrivé à son complet développement.

De plus, les prédispositions acquises n'ont pas encore eu le temps de venir chez l'enfant. Il n'a pas eu le temps de s'alcooliser, de se surmener intellectuellement, de commettre des excès vénériens, toutes conditions qui irritent le système nerveux et favorisent le délire.

Beaucoup moins fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, le délire est aussi plus rare chez la femme. Nous n'avons même pas pu en trouver un seul cas.

Est-ce parce qu'elle est obligée de se surmener intellectuellement moins que l'homme, la défense de la famille revenant surtout au sexe masculin, est-ce parce qu'elle s'alcoolise moins que lui, est-ce parce que l'ovarite due aux oreillons est très rare chez la femme, toujours est-il que le fait est là.

Mais nous croyons que l'une ou l'autre de ces raisons ne sont pas indifférentes.

2° Conditions d'apparition du délire

Cliniquement, le délire des oreillons ressemble au délire de toutes les maladies infectieuses et de toutes les intoxications. C'est un délire onirique, un délire de rêve. Qu'on relise, par exemple, le délire dans la pneumonie publié par Grasset et Vires dans le *Montpellier Médical* de 1895, et on y retrouvera beaucoup de ressemblances.

C'est un délire infectieux et il semble compliquer de préférence les oreillons graves.

C'est un délire infectieux, et en effet la fièvre est l'indice de l'infection. Or dans toutes nos observations la fièvre est forte le plus souvent. La température est à 40°, bien souvent même elle dépasse ce chiffre. Et le délire varie avec la fièvre. Il y a fièvre la nuit et apyrexie dans la journée ; on aura délire la nuit et calme et tranquillité dans la journée. Son intensité varie avec la courbe de la température. Plus la température est forte, plus le délire

est violent. C'est à peine si quelquefois il se prolongera un peu après la chute de la température; dans ce cas, il est dû à l'ébranlement nerveux qui n'a pas eu le temps de se calmer.

Le délire varie avec la fièvre, mais la fièvre peut être due soit aux oreillons eux-mêmes, soit à une complication; et la complication la plus fréquente est l'orchite; or, sur les 16 observations que nous présentons, nous trouvons 12 orchites. On peut donc bien dire qu'en général le délire se rencontre surtout dans les oreillons graves ou compliqués d'orchite.

Le délire apparaît de préférence à la fin de la maladie, et, lorsqu'il n'est pas symptomatique d'une complication, il prend les allures d'un délire critique qui précède la défervescence de la guérison. Presque toujours donc il annonce la guérison ou l'approche d'une complication qui est l'orchite le plus souvent; mais bien plus fréquemment c'est après l'orchite qu'il survient.

3° Description du délire

Le délire se présente sous des aspects extrêmement différents suivant les malades; et chacun le construit d'une manière toute spéciale suivant son âge, sa profession, sa culture, ses préoccupations habituelles.

Ainsi l'un de nos malades cité par Liégeois dans l'observation n° 4 est religieux dans son délire; l'autre, dans la thèse de Lamouroux, observation n° 14, récite vers grecs, latins, anglais, français; ce n'est pas étonnant, c'est un étudiant. De même dans l'observation

n° 7 le délire est professionnel. Mais quelle que soit la variété de ces idées différentes, c'est toujours un délire onirique, un délire de rêve.

Le malade passe avec assez de facilité du délire à la réalité et de la réalité au délire. C'est un songe dont il paraît se réveiller, songe où il se replonge bientôt après un réveil complet mais plus ou moins long.

Le plus souvent il reconnaît les personnes qui sont autour de lui, répond aux questions qui lui sont posées, mais il le fait très rapidement pour se débarrasser de ses interlocuteurs et reprendre ses idées différentes.

Ces idées différentes sont le plus souvent confuses et variables ; toutefois d'ordinaire il en est une que le malade caresse plus volontiers.

Ainsi dans l'observation n° 17 c'est toujours à la mort que l'individu en revient ; il fait ses dernières recommandations, ses adieux à sa famille, pense déjà à son enterrement.

Il peut même arriver que par sa vraisemblance cette idée délirante en impose à l'entourage ; ainsi quand notre malade se plaint qu'il n'a plus qu'un souffle de vie, qu'il va mourir, qu'il étouffe, ses voisins sont tellement effrayés en le voyant qu'ils se demandent aussi s'il ne va pas réellement mourir.

Le plus souvent les hallucinations de la vue et de l'ouïe jouent un grand rôle et ce sont des hallucinations mobiles et terrifiantes.

4° Pronostic et durée

Et en conséquence, vu la très grande agitation qu'elles lui donnent, le malade pouvant s'habiller, sortir, se jeter par la fenêtre, ou commettre tout autre acte préjudiciable à sa santé, le délire est considéré comme une complication grave des oreillons.

La durée du délire est en général courte ; il dure de 24 à 48 heures ; dans la plupart de nos observations il en est ainsi. Quelquefois cependant il se prolonge alors que le malade est complètement guéri par ailleurs, et peut n'être que le début d'une forme d'aliénation mentale. C'est le cas de L... Casimir dans notre observation n° 6. Le malade voit alors l'élément délirant disparaître ou s'atténuer pour laisser la place à la confusion mentale : le délire aboutit à l'état chronique. Ce passage s'explique le plus souvent par une prédisposition nerveuse extrêmement marquée. Mais de même que cette prédisposition peut faire devenir chronique un délire qui était aigu, elle peut être aussi la cause de l'apparition du délire simple : les excès antérieurs, les manifestations nerveuses sont là pour le prouver.

5° Diagnostic

Le délire, avons-nous dit, est souvent nocturne ; et il suit une marche parallèle à la température ; et tous les deux cessent avec le jour.

Mais il n'est pas rare cependant de le voir persister quelques heures après la défervescence. Ces cas sont utiles à connaître, un médecin pouvant être appelé auprès d'un malade alors qu'il n'y a plus ni fièvre, ni traces d'oreillons. Dans ce cas, si les renseignements donnés par l'entourage ne viennent éclairer sa religion, tout naturellement, il croira à une forme d'aliénation mentale.

Avant donc d'affirmer un diagnostic semblable qui ne doit être fait qu'avec mûres réflexions, il faut bien examiner et interroger le malade.

Si l'on arrive quand le malade est en plein délire et a encore beaucoup de fièvre, le premier diagnostic à faire consiste à éliminer la méningite, et cela n'est pas toujours commode, ce délire, dans les cas d'oreillons, étant très souvent compliqué de méningite. L'autopsie, la recherche des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien et sa réaction albumineuse le prouvent surabondamment. Pour éliminer les autres infections en intoxications, ce n'est guère que par un examen détaillé et approfondi du sujet que l'on y arrivera.

6° Traitement

Rien à faire en général.

Simplement surveiller le malade, l'empêcher de se blesser; au besoin on sera obligé de l'attacher.

Dans certains cas, on pourra se trouver bien de l'hydrothérapie et des hypnotiques.

OBSERVATIONS

Observation I

(Résumée)

(Hamilton. — *Trans. of the R. Soc. of Edinburgh*, 1790.)

Un jeune homme de 22 ans présente des oreillons bilatéraux et fut traité énergiquement, purgé, saigné. La rétrocession de la parotidite est suivie d'une fièvre ardente avec orchite.

On croit à un accident vénérien et les moyens antiphlogistiques sont repris. La tumeur testiculaire disparaît subitement le lendemain et le malade est pris d'un délire violent, de convulsions effroyables au milieu desquelles il succombe « fou furieux » le 3me jour.

Observation II

(Résumée)

(Maximovitch, cité par Longuet. — *Union médicale,* t. XL)

Au cours d'une parotidite, un malade est pris de frissons et de céphalalgie ; la face s'injecte, les pupilles sont dilatées. Délire toute la nuit. Température, 40°. Le malade tombe dans le coma et meurt après avoir présenté une respiration de Cheyne-Stokes.

Autopsie. — La surface du cerveau est œdémateuse et violacée ; des sillons sont comblés par un exsudat séro-fibrineux adhérant aux membranes et entourant les troncs nerveux à leur origine. La pie-mère se détache mal du tissu cérébral : hyperémie du cerveau et de la moelle : en un mot, méningite séreuse.

Observation III

(Résumée)

(Deydier. — *Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme*, mai 1904.)

X..., cultivateur, 35 ans, sans antécédents pathologiques.

1er avril. — Oreillons bénins.

6. — Gonflement du testicule gauche, et le lendemain le testicule droit augmente aussi de volume.

Du 7 au 10 avril, le malade reste au lit. Le 10 avril, il se sent mieux et se lève.

Mais à 11 heures du soir, il est pris d'une agitation extrême, a un délire violent avec hallucination, il faut 4 hommes pour le maintenir.

Le 11 au matin, sa température dépasse 40°, son pouls très petit est 140. Délire, convulsions. Le malade interrogé ne répond rien ou reprend le dernier mot de la question posée puis revient à son délire.

Pas de vomissements, rien au poumon, ni au cœur; le testicule droit est encore un peu gros.

Traitement : bains froids, à 30°, lavement purgatif.

Le malade est resté agité jusqu'au soir et est mort dans la nuit, 36 heures après le début des accidents cérébraux.

Observation IV

(Résumée)

(Liégeois. — *Progrès médical*, 3 oct. 1891.)

P..., 25 ans, neurasthénique, est atteint d'oreillons qui se compliquent, le 26 avril 1891, d'une orchite droite.

Deux jours après, je vois le malade qui a les traits tirés, les pupilles égales; à chaque instant, il se tourne vers l'entourage, prononce ces mots : pardon, mes chers parents, pardon, mes amis.

29 et 30 avril. — Même accès de désespoir.

2 mai. — Surviennent des convulsions cloniques des

membres avec un délire; raideur de la nuque; constipation. La fièvre est vive, pouls 124, irrégulier.

3 mars. — Délire religieux; grande agitation; par instants, le malade cherche à mordre. Pouls 120.

4. — Incontinence d'urine; pas de selles.

10. — Etat demi-comateux.

11. — Coma complet et mort dans la nuit du 11 au 12.

Observation V

(Docteur Gillet de Bauzée. — *Gazette des Hôpitaux*, 1873.)

Mort subite dans un cas d'oreillons.

Un jeune homme de Tours, conscrit de cette année, de forte constitution, est pris, le 2 novembre dernier, d'un gonflement peu douloureux dans la région parotidienne droite. Le lendemain, 3 novembre, le gonflement augmente; mais le malade cependant va et vient, sort, va même à l'auberge avec ses camarades, et, il y a plus, il va dans un village à deux lieues du sien.

A son retour, il se sent moins bien. Le mardi, il s'occupe à peine dans la maison. Le mercredi, il reste une partie de la journée au lit, sans entrain, avec peu d'appétit; soif. Le gonflement s'étend à la région sous-maxillaire droite; il est blanc, un peu douloureux, mais pas énormément; c'est un type de cette sorte de fluxion parotido-maxillaire qu'on appelle ourlet ou oreillon. Dans la journée du mercredi, on remarque une sorte de changement dans son caractère. Il ne peut supporter le babil d'ouvrières qui causaient dans sa chambre.

Le soir, il s'endort, sans être en somme sérieusement malade. Mais vers onze heures de la nuit du mercredi 5 novembre, tout à coup il se lève, fait quelques pas, ne sachant ce qu'il faisait, puis s'affaisse sur le plancher.

Il a perdu connaissance ; il est pâle. On le relève, on le réchauffe. L'intelligence revient ; il se plaint d'un froid intense auquel les frictions et les applications chaudes ne remédient pas. Cependant il se dit mieux ; mais peu de temps après, étant couché sur le lit, un malaise analogue le reprend ; il perd connaissance de nouveau, et assez rapidement il perd connaissance entre les bras de ses parents vers une heure du matin.

Dans la journée, il n'y avait eu ni gêne de la respiration, ni gêne de la déglutition.

Et, à l'examen du cadavre, on trouvait le gonflement, du côté droit parotido-maxillaire, blanc, sans œdème ni rougeur, ni la moindre trace d'inflammation. Il n'y avait rien de semblable du côté gauche.

Cette mort subite, ajoute l'auteur, ne peut être attribuée à une asphyxie par le fait d'un gonflement intra-guttural pharyngien ; il avalait et respirait très bien. On est obligé de reconnaître là ce qu'on a coutume d'appeler une métastase, et métastase qui, au lieu de se faire sur un testicule, comme cela arrive encore fréquemment, s'est faite sur l'encéphale, et l'a tué rapidement. Sa mort est bien une mort par le cerveau. Ce délire passager qu'il a eu à onze heures du matin, ces pertes de connaissance, la rémission qu'il y a eu un peu avant la mort, rémission pendant laquelle il respirait et parlait bien, ne peuvent laisser supposer une mort par vice de la respiration.

Observation VI

L... (Casimir), Aveyron, 23 ans, canonnier au régiment d'artillerie de la marine, salle 18, n° 14.

2 janvier. — Oreillons.

3. — Céphalalgie, pas de fièvre (bouillon, soupe, tilleul).

4. — Demie, demi-vin. Tisane commune.

La situation est jugée bien bénigne, car on ne consigne à côté du diagnostic oreillon, aucune note clinique, aucune prescription médicale.

5. — T. 39°2. (Il a dû se produire dans la nuit quelque changement ; on prend la température, on réduit le régime, on purge le malade (tilleul ; eau-de-vie allemande, 40 gr.). On donne de la quinine (sulfate quinine 0,80), mais on ne doit redouter rien de sérieux, puisque la potion au quart est indiquée pour le soir). (Diète, matin ; quart, le soir).

6. — Deux épistaxis dans la nuit ; en découvrant le malade, on s'aperçoit que le testicule droit est beaucoup plus gros que le gauche (vaginalite). (Bouillon, soupe, quart vin). Pas d'autre indication consignée.

7. — A la visite du matin, pas de note. Soir : T. 38°6 ; pouls ralenti, raie de Trousseau, abattement ; raideur marquée des muscles de la nuque ; l'intelligence est paresseuse, les réponses sont lentes, le ventre est notablement rétracté ; la pupille se contracte peu et avec lenteur en face d'une lumière.

8. — Pas de note. (J'ai dû suppléer à ce défaut, en allant aux renseignements plus tard.)

9. — Les symptômes perdent de l'intensité ; le malade marche rapidement vers la guérison. (J'ai vu qu'on avait cru avoir affaire à une méningite commençante.) Plus de notes pendant dix jours.

19. — Ration, demie ; trois quarts de vin ; orge ; aloès 0,25 en pilules.

21. — Depuis deux jours, le malade accuse une grande faiblesse dans les membres inférieurs, accompagnée de fourmillements ; toutefois la sensibilité est conservée ; quelques crachats sanguinolents, peu visqueux ; rien à l'auscultation, ni à la percussion ; (m. m. V. ; deux pilules d'aloès à 0,35.

28. — Demie, julep digitalé à 20 gouttes.

29. — Demie ; julep digitalé (20 gouttes ; kermès 0,50) ; limonade sulfurique ; hémoptysie légère ce matin, souffle au niveau de l'épine de l'omoplate, très limité ; bronchophonie.

12 février. — A la visite du matin, le malade se trouve dans un état d'exaspération incompréhensible : il ne répond pas aux questions qu'on lui fait ; il se cache la figure dans les draps ; on ne peut parvenir à le découvrir qu'en usant de violence ; lorsqu'on veut voir l'état des pupilles, il refuse d'ouvrir les yeux.

Demie ; demi-vin ; application de sinapismes aux jambes. L... est évacué sur la salle des consignés (S. n° 17), accompagné d'une note qui établit la simulation en vue de l'obtention d'un congé de convalescence.

13. — Après être demeuré assez calme, refusant de répondre aux questions, L... se montre le soir surexcité ; il a déjà, suivant l'expression de la sœur, « le sang à la tête » ; dans la nuit il éprouve une crise furieuse ; le

médecin de garde, appelé, lui fait jeter de l'eau sur la tête ; le malade hurle, se débat avec rage. Il est mis dans une chambre attenant à la salle ; on lui applique la camisole de force, et il ne peut être maintenu, en raison de sa vigueur extrême, que grâce à un amarrage solide par les pieds et les poignets.

14. — Exaltations, cris, etc. En exécution d'un ordre donné le matin, L... est transféré à la loge des fous ; il y est gardé jusqu'au 19 (tisane commune, demie).

19. — Revenu au calme, il est ramené dans la cellule de la salle des consignés.

21. — Eau de Sedlitz.

25. — Bain. Exeat.

26. — L... est renvoyé à son service à la caserne.

Il va entrer bientôt à l'hôpital, sa situation mentale s'exaspérant et s'affirmant.

Le 1er avril, L... est conduit à l'établissement d'aliénés de Lafond, près la Rochelle. Quatorze mois se sont écoulés. Après quelques phases d'amélioration dans l'état physique et moral qui ouvraient quelque espérance à son rétablissement. L... a été reconnu incurable, ainsi que l'établit le certificat du Directeur, médecin de l'asile d'aliénés de La Rochelle.

Observation VII

(Sorel. — *Arch. de méd. mil.*, déc. 1883.)

G..., 24 ans, soldat infirmier, entre à l'hôpital militaire de Sétif, le 27 mai 1882, au quatrième jour d'une orchi-épididymo-orchite droite qui a été précédée d'une

parotidite double fugace ; l'orchite rétrocède dès le 29, la fièvre atteint son apogée 41°8 le 28 mai, l'apyrexie est complète le 2 juin.

Le délire fait son apparition le 29 mai, alors que la température commence à descendre, mais est encore au-dessus de 40° ; il se continue les deux jours suivants et ne cède que le 1er juin au moment où la défervescence s'achève.

Ce délire de moyenne intensité a les plus grandes analogies avec celui de la fièvre typhoïde ; il est plus ou moins professionnel et cesse momentanément quand on provoque l'attention du malade.

Au délire succède un abattement des plus marqués, avec anorexie presque absolue, d'une durée de 4 à 5 jours. Le 1er et le 2 juin, le pouls petit bat 90 fois à la minute, l'urine est albumineuse et les selles contiennent un peu de mucus sanguinolent.

La convalescence ne s'accuse que peu à peu ; en même temps apparaissent des troubles du langage. Les réponses sont lentes : la langue, qui paraît moins mobile au malade, fourche sur certaines syllabes ; les mots sont cherchés, sans qu'il y ait substitution de l'un par l'autre, mais assez souvent le mot propre fait défaut ou est trouvé avec peine ; cependant, d'après le malade, l'idéation est intacte, la conception des mots nette, seul le passage à l'expression verbale est difficultueux. Il n'y a chez lui ni cécité, ni surdité verbale, mais seulement un certain degré d'aphasie motrice. Un mot trop long reste inachevé, la formation des dernières syllabes étant oubliée au temps même où les premières sont prononcées.

Le malade sort de l'hôpital le 2 juillet ; ses forces restant amoindries, et le trouble du langage persistant, bien qu'atténué, il est envoyé en congé de deux mois vers

milieu de septembre. A son retour en novembre, les forces sont revenues ; il éprouve encore quelque difficulté à s'exprimer et c'est à peine s'il a recouvré l'intégrité du langage en 1883.

Observation VIII

(Cas recueilli dans le service du Dr Monron et dont les notes sont dues à M. Healy.)

Un jeune homme de 15 ans, très nerveux, ayant beaucoup de goût pour les mathématiques, contracte les oreillons ; il paraissait guéri, lorsque survinrent du délire, de la fièvre et le lendemain une orchite. A partir de ce moment, la fièvre au lieu de céder augmente considérablement et atteint le chiffre énorme de 41°7 le soir du 5e jour. Les pupilles sont dilatées et insensibles à la lumière ; constipation opiniâtre.

Le délire augmente et devient furieux les jours suivants, de sorte qu'on est obligé d'attacher l'enfant. Le 8e jour, coma, pouls filiforme et presque insensible. Toutefois, la température s'étant légèrement abaissée le lendemain, il revient un peu à lui, mais présente des crises de manie furieuse pendant lesquelles il cherchait à mordre. Il est à noter qu'il n'y eut pas de céphalalgie, ni de vomissements.

A partir de ce moment, il se rétablit lentement. Pendant plus de 6 mois, il eut de la peine à marcher, la démarche était incertaine et incoordonnée. Il y a une difficulté manifeste de la parole ; il fait des efforts comme s'il voulait parler le plus vite possible et n'énonce

que incomplètement les mots. Agraphie marquée. Les pupilles continuent à être très dilatées et le malade s'émotionne facilement.

Observation IX

(Lannois et Lemoine)

T..., 2me canonnier au 32me régiment d'artillerie à Orléans, s'est toujours bien porté, et n'a jamais eu d'accidents de rhumatisme ni de syphilis. Ses parents (père et mère) sont bien portants : jamais, dit-il, il ne les a vus malades.

Le 21 mars 1883, il régnait à ce moment au 32me d'artillerie une épidémie d'oreillons qui atteignit 151 malades.

Il est admis à l'infirmerie pour des oreillons doubles sans symptômes inquiétants et sans gonflement successif des régions parotidiennes. La tuméfaction commence à diminuer dès le 25 et le malade paraît en bonne voie.

Le 28 au soir, le malade est prit subitement de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, et perd connaissance. L'un de nous, appelé immédiatement, voit le malade quelques instants après et le trouve dans un état de stupeur voisin du coma. Toutefois, en l'excitant un peu, on arrive à le tirer momentanément de sa stupeur ; il semble alors comprendre les interrogations qu'on lui pose et essaie de répondre et ne réussit qu'à rendre des sons inintelligibles ; il retombe rapidement dans son état primitif d'assoupissement.

Le corps est dans la résolution, mais on constate facilement une paralysie absolue du mouvement dans les

membres supérieurs et inférieurs du côté droit. Il y a une hémianesthésie complète des membres et du tronc ; une épingle, enfoncée jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne provoque aucune réaction, tandis qu'à gauche les pincements et les piqûres un peu violents sont parfaitement sentis.

Il y a en même temps un certain degré de contracture dans les membres du côté droit qui sont dans l'extension ; on éprouve une résistance manifeste, soit pour les fléchir, soit pour les étendre.

Les pupilles sont dilatées. On constate à la main une élévation très notable de la température. On interroge ses voisins sur les phénomènes qui ont accompagné la perte de reconnaissance ; rien ne rappelle les phénomènes épileptiformes.

Le malade est envoyé à l'hôpital d'urgence.

Le 29 mars, à la visite du matin, on trouve comme la veille une hémiplégie droite ; la face est paralysée du côté gauche. Déviation conjuguée des deux yeux à gauche. La langue est aussi un peu déviée du côté gauche. La raideur des membres persiste quoique atténuée ; l'anesthésie a beaucoup diminué. La connaissance est parfaitement revenue ; mais il ne peut, malgré ses efforts, articuler aucune syllabe, il comprend très bien ce qu'on lui dit et répond oui ou non par des signes de tête. Il porte fréquemment la main gauche à sa tête et fait comprendre qu'il souffre beaucoup.

Les pupilles sont toujours dilatées.

Les vomissements bilieux se sont renouvelés ce matin ; anorexie, soif vive, constipation ; le ventre est manifestement rétracté.

La fièvre est assez marquée, 39° le matin, 39°4 le soir ; mais il y a un fait qui frappe immédiatement, c'est la len-

teur relative du pouls qui ne bat que 60 à la minute. L'auscultation du cœur et de la poitrine reste négative.

Sulfate de soude; dix sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le 30, l'état est le même, mais un peu amélioré; la paralysie et l'aphasie persistent, mais la déviation des yeux a disparu et la paralysie faciale est très atténuée. Le retour de la sensibilité est très appréciable quoique encore imparfait. Cependant la fièvre est toujours notable, 38°8 le matin, 39°5 le soir.

De plus, on apprend que le malade a uriné au lit, et on constate qu'il s'agit d'une miction par regorgement, car la vessie est pleine et la sonde en retire une assez grande quantité de liquide limpide et fortement coloré.

Le 1er avril, les symptômes continuent à s'améliorer; la raideur musculaire et l'hémianesthésie ont presque complètement disparu. Le malade, qu'il avait encore fallu sonder la veille, urine seul. La température s'abaisse : 38°5 le matin, 38°7 le soir.

Pendant quelques jours, l'état se maintient stationnaire, et il faut arriver au douzième jour après l'accident, au 10 avril, pour voir reparaître quelques mouvements assez faibles d'ailleurs dans les membres paralysés. La paralysie de la face s'est complètement dissipée. Il répond oui ou non, et répète le mot pain quand on le prononce devant lui. La température, après avoir suivi une marche régulièrement décroissante, est aujourd'hui normale. Le malade commence à avoir un peu d'appétit, mais il est toujours constipé et on lui donne tous les deux ou trois jours un peu de magnésie.

Un changement des plus notables se produit à partir de ce moment; il nomme les objets qu'on lui pré-

sente (assiette, couteau, etc.) sans trop de difficulté. Les membres, sous l'influence des courants faradiques, reprennent leurs mouvements, et il les déplace facilement dans son lit. Le 25 avril, il peut faire quelques pas appuyé sur une canne.

Pour ne pas allonger inutilement cette observation, nous ajouterons seulement qu'au moment où le malade a été perdu de vue, l'aphasie avait disparu presque complètement et ne se traduisait plus que par de l'hésitation, pour prononcer certains mots ; on ne peut en particulier lui faire articuler convenablement le mot fourchette. Il y a encore de la faiblesse assez marquée dans les membres à droite ; la main droite serre avec beaucoup plus d'énergie que la gauche. Il traîne la jambe en marchant et est obligé de s'appuyer sur sa béquille ou sur sa canne ; il se fatigue vite. L'état général est excellent.

A la date du 1er avril 1885, nous avons appris que T... était complètement guéri de sa paralysie, et que, depuis plus d'un an il s'était placé dans une ferme.

Observation X

(Résumée)

(Janson-Zuède. — *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège,* mai 1884.)

Il s'agissait d'un homme de 17 ans, atteint de parotidite et d'orchite à droite, chez lequel le pronostic semblait favorable, lorsqu'il fut pris tout à coup de délire furieux ; la face est très pâle, la langue sèche, fuligineuse ; la

déglutition difficile, les pupilles immobiles ; il y a en même temps de l'aphasie et une monoplégie brachiale droite avec anesthésie.

Le pouls est très lent ; enfin il y a de l'anurie.

Sous l'influence d'un traitement énergique (drastiques, révulsifs), les accidents s'amendèrent rapidement et au bout de cinq jours les symptômes graves avaient disparu. Le malade guérit rapidement.

Observation XI

(Docteur Ressiguier, recueillie dans les salles du docteur Serre, à Montpellier)

L..., 25 ans, voltigeur au 6e régiment de ligne.

14 avril 1848. — Lassitude, frissons.

15. — Frissons et bouffées de chaleur, parotidite droite, puis orchite du même côté concomitante.

25. — Nuit agitée, céphalalgie violente.

26. — A l'entrée à l'hôpital : traces de la parotidite, orchite volumineuse, peu douloureuse, avec infiltration scrotale ; fièvre modérée, céphalalgie paraissant et disparaissant.

27. — Traits altérés, stupeur, réponses lentes, nombre de pulsations moindre que dans l'état normal, pupille dilatée; orchite en résolution.

Le professeur Serre juge imminente une métastase sur le cerveau. Dans la nuit, délire ; le malade se lève et parcourt les salles.

28. — Léger subdélirium, chaleur de la peau normale, sa sensibilité est obtuse ; pupille très dilatée ; pouls

à 55 ; le testicule diminue; le délire cesse complètement dans la journée.

29. — Dans la nuit, mêmes phénomènes que la nuit précédente ; le matin, les symptômes sont plus prononcés; on donne de la quinine ; pouls à 40 ; journée bonne.

30. — Un peu de stupeur ; testicule très peu modifié ; P. 59. Le jour suivant, l'amélioration fait des progrès rapides ; le pouls remonte à 70.

Observation XII

(Gailhard)

16 février 1876. — L... G. . (Charente-Inférieure), soldat au 3e régiment d'infanterie de marine, salle 15, n° 7.

16 janvier. — Malade depuis huit jours ; fièvre suivie d'oreillons doubles, douloureux au début. Depuis quatre jours, épistaxis répétées ; aujourd'hui il en est survenu une abondante et difficilement arrêtée à l'infirmerie de la caserne.

A l'entrée, tuméfaction des régions parotidiennes ; langue sale à la base, rouge sur les bords et à la pointe, ventre empâté, gargouillement iliaque droit ; anorexie, constipation depuis huit jours. P. 108, plein, vibrant ; peau chaude, céphalalgie ; pâleur des muqueuses ; rien du côté des voies pulmonaires (bouillon, thé, ipéca et émétique ; sulfate de quinine 80 centigr.) Soir épistaxis.

Le malade se sent moins bien le jour que la nuit.

17. — P. 100 ; T. 40°6 ; ventre tendu, état saburral, stupeur ; pas de selles encore ; gonflement notable et douloureux des deux testicules, surtout du gauche. Les oreillons ont presque disparu ; un peu de toux. Soir : langue humide, ventre moins tendu, facies animé ; peau sèche, chaude ; stupeur moindre : P. 88 (soupe, eau de Sedlitz) ; selles.

18. — P. 100 ; T. 40°4 ; état saburral persistant, tuméfaction considérable des testicules. Soir, P. 96 ; T. 40°6 ; langue sèche, encore un peu de gonflement parotidien ; même état des orchites, urines acides, troubles, avec dépôt considérable d'urates, pas d'albumine ; D. 1030 (soupe, un quart de vin, décoction de quinquina). Vers 5 heures, sans signe prémonitoire autre qu'un remuement incessant des lèvres, comme s'il parlait à voix basse, dans une conversation animée, G... est tombé dans un coma analogue à celui qui succède à une attaque d'épilepsie ; urines et selles involontaires ; écume abondante, visqueuse aux lèvres ; mâchoires serrées, insensibilité complète au pincement ; pas de connaissance. Le corps est plié en deux ; le bras droit, relevé verticalement, reste dans cette position ; le gauche retombe inerte. P. 100, respiration calme, muscles de la nuque contractés, mydriase, yeux convulsés en haut et en dehors. A six heures et demie, le malade soulève les paupières ; le regard est fixe, terne ; plus d'écume à la bouche, insensibilité, pouls fréquent ; peau chaude, sèche ; épistaxis. A sept heures, crachements répétés, quelques paroles incohérentes. Le malade exécute quelques mouvements ; déglutitions des liquides impossibles. A huit heures, intelligence revenue ; le malade répond aux questions ; longues et profondes inspirations entrecoupant une respiration calme. Dans la nuit, sub-

délirium ; G... est tombé de son lit sans en avoir conscience, comme il l'avait fait durant sa crise (soupe, décoction de quinquina ; lavement séné et sulfate de soude).

19. — P. 92: T. 38°8. Stupeur, répond difficilement aux questions; moiteurs, pupilles très dilatées, tête rejetée en arrière (bouillon, bromure de potassium, 2 gr., onctions mercurielles belladonées). Soir, subdélire ; G... se plaint d'odontalgie à droite. T. 39°5, P. 88. Même état de testicule, œdème scrotal.

20. — P. 72 ; T. 36°8. Subdélirium dans la nuit, stupeur moindre ; pas de céphalalgie, l'odontalgie persiste à droite, état saburral, selles diarrhéiques, ventre indolore ; la résolution testiculaire recommence (soupe, infusion de valériane, 1 verre ; bromure de potassium, 2 gr.). Soir, P. 68 ; T. 38° (sulfate de quinine, 0,80).

21. — P. 68 ; T. 37°. Grande quantité d'urates dans les urines. D. 1028. Soir, P. 64 ; T. 36°2 (soupe, demie, vin de quinquina ; sulfate de quinine, infusion de valériane, bromure de potassium.

22. — P. 72 ; T. 37°4. Soir, P. 68 ; T. 36°4 ; mouvevents du tronc douloureux, deux selles diarrhéiques.

23. — P. 76 ; T. 37°. Soir, P. 64 ; T. 38. La résolution testiculaire continue.

25. — P. 72 ; T. 36°8. Soir, P. 60 ; T. 36°6. Le gonflement des testicules a disparu ; faiblesse, convalescence.

2 février. — Exeat.

Observation XIII

(Scherb. — *Bulletin médical de l'Algérie,* 1909)

Le malade entre à l'infirmerie avec un oreillon double d'emblée; il reste du 3 au 8 février, sans fièvre, quand brusquement, dans la nuit du 7 au 8 février, il est pris de vomissements, de frissons violents, de rachialgie, d'un état subdélirant avec agitation voisine de la chorée. Quand nous le vîmes, dans la soirée, le thermomètre était à 39°6 et on relevait de la bradycardie, une véritable fièvre dissociée (P. 58). La ponction lombaire est pratiquée le lendemain matin, écoulement sous pression. Quinze cent. cubes sont prélevés; l'examen cytologique montre une abondante lymphocytose. La raideur de la nuque, le signe de Kernig sont très nets. La bradycardie s'est accentuée, les pupilles sont inégales. Il y a une céphalée et une photophobie prononcées.

Le malade guérit.

Observation XIV

(Lamouroux. — Thèse de Paris, 1902)

M. R.., externe des hôpitaux, âgé de 23 ans. A éprouvé du surmenage intellectuel par la préparation du concours d'internat.

Un mois après, il contracte les oreillons, au mois

d'avril 1901. La maladie débute subitement par de la gastralgie, des nausées, des coliques, des frissons de la fièvre. Le lendemain, la parotidite droite est tuméfiée et deux jours après la parotide gauche se prend. Le quatrième jour, épididymite et funiculite droite. Le cinquième jour, orchite droite avec hydrocèle. Quatre jours après, orchi-épididymite gauche. La douleur aux testicules est très vive et occasionne une insomnie absolue pendant une vingtaine jours.

Le neuvième jour de sa maladie, il apprend une nouvelle qui lui cause une vive contrariété. Le même jour, il a de l'excitation cérébrale avec céphalée intense, mais pas de raideur de la nuque.

Constipation. Pas de vomissements. Epistaxis fréquentes et abondantes.

Le malade a un délire insolite. Sa mémoire est exaltée et il récite ses souvenirs grecs, latins, anglais, français. Son délire est gai à certains moments. D'autres fois, il est furieux. Il se débat, veut se lever et manifeste l'intention de se jeter par la fenêtre. On a beaucoup de peine à le maintenir au lit. Le pouls est accéléré et compte de 90 à 100. Il y a de la fièvre et un amaigrissement rapide et manifeste, si bien qu'à la fin de la maladie, le sujet a perdu 10 kilogrammes de son poids.

Ces phénomènes pseudo-méningitiques ont duré dix jours. Le traitement consiste en lotions froides, en cachets de quinine et sulfonal.

Le sujet a été revu plusieurs fois en parfait état de santé.

Observation XV

(Trousseau. — *Archives générales de médecine,* 1854.)

Je fus mandé, dit-il, par mon honorable ami M. le docteur Moynier, auprès d'un jeune écolier de 17 ans, qui lui donnait les plus vives inquiétudes. Ce jeune homme avait été pris tout à coup, au milieu d'une santé qui semblait assez bonne (du moins c'était ce que disaient les parents et le chef de l'institution), avait été, dis-je, pris d'une fièvre ardente avec fréquence extrême du pouls, tendance à la lipotymie, délire, carphologie, vomissements, selles séreuses et involontaires; cela ressemblait aux mauvais jours du troisième septénaire de la fièvre putride, ou au début de ces scarlatines malignes qui tuent les malades en quelques heures.

On comprend toute l'épouvante de la famille et du médecin en présence d'aussi formidables symptômes. M. Andral avait vu le malade dès les premiers jours des accidents, et, comme M. Moynier, il avait compris le danger, sans en pouvoir reconnaître la cause. Ces deux messieurs avaient pensé qu'avant tout il fallait aller au secours de la vie menacée; l'opium à faible dose, le sulfate de quinine à dose assez élevée, les boissons légèrement cardiaques, furent très judicieusement conseillés.

Le lendemain, quand je me trouvai réuni à ces deux messieurs, l'état du malade n'avait pas notablement changé, mais peut-être était-il un peu moins mauvais. On nous parle alors d'un petit accident dont on s'était

aperçu pendant la nuit : le scrotum était gonflé, l'un des testicules tuméfié et douloureux ; c'était la seule lésion organique un peu notable ; et certes elle n'était guère de nature à nous rendre compte de l'appareil symptomatique si terrible dont nous étions témoins.

De plus, un interrogatoire soigneux nous permit d'affirmer qu'il y avait eu un léger gonflement des parotides.

Observation XVI

(Trousseau. — *Archives générales de médecine*, 1854.)

En 1832, dit-il, je donnais des soins à un homme de 35 ans environ, qui était atteint d'oreillons. Les choses se passèrent fort régulièrement ; la douleur avait diminué, et la tuméfaction de la région parotidienne commençait à décroître. J'avais vu le malade le matin, il était aussi bien que j'avais droit de l'espérer, lorsque vers la fin de la journée, je fus mandé précipitamment. Je trouvai le malade dans une anxiété inexprimable ; le visage pâle, grippé ; le pouls petit, fréquent, inégal, les extrémités froides. Il n'y avait ni vomissements ni diarrhée, ni lésions appréciables du côté du poumon ou du cœur.

J'allai à l'indication ; je donnai de l'éther, des boissons chaudes aromatiques, je promenai des sinapismes, et j'attendis avec anxiété l'issue d'une maladie qui s'annonçait sous d'aussi tristes auspices.

Le lendemain matin, je fus agréablement surpris en trouvant le malade avec une fièvre véhémente, le pouls

large, la peau ouverte; le visage était coloré et la contenance vivace.

Mais le scrotum était tuméfié, l'un des testicules et surtout l'épididyme était gonflé, douloureux ; c'était tous les accidents de l'orchite blennorragique la plus aiguë.

J'étais rassuré, je respectai la manifestation locale qui avait débarrassé l'économie menacée, et peu de jours suffirent pour la guérison de cette complication métastatique, et pour le rétablissement complet.

Observation XVII

X..., âgé de 29 ans.

Profession : caissier.

Antécédents personnels. — Neurasthénique.

En sortant dehors, il ressent un froid très vif à l'oreille ; le lendemain il présente une tumeur au-dessous de l'oreille gauche ; le surlendemain il perçoit un noyau sur son épididyme. Trois jours après, oreillon et orchite étaient au complet.

Le 14e jour l'oreillon, avait disparu; simplement il restait encore de l'orchite.

Trois nuits de suite il présente une fièvre très forte : 39·6 ; dans la journée il est très bien.

La 4e nuit, brusquement il est pris d'angoisse, croit qu'il va mourir, dit qu'il ne respire plus; il présente du délire.

Le jour revenu, il se porte très bien.

Avec la nuit, la fièvre revient (40°3) et le délire aussi; même sensation d'étouffement, même angoisse; il se voit mourir. On lui fait une ponction lombaire; les symptômes s'améliorent aussitôt.

A l'examen du liquide céphalo-rachidien, on constata la présence d'un grand nombre de lymphocytes et une légère albumine.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les troubles nerveux des oreillons le délire est relativement assez fréquent.

II. — Ce délire peut apparaître sans que les oreillons ne soient nullement compliqués ou encore il peut être le siège d'une complication : orchite ou méningite.

III. — Le délire au cours des oreillons n'apparaît que dans les formes hyperthermiques ; il est facilité par l'existence de prédispositions antérieures ; le plus souvent il est fugace et son diagnostic est bénin.

IV. — Pour sa forme clinique, le délire au cours des oreillons est absolument semblable à celui qui peut compliquer toutes les infections. C'est un délire onirique.

BIBLIOGRAPHIE

Beuham. — Oreillons avec symptômes cérébraux et température élevée (The Lancet, janvier 1897).

Catrin. — Les complications des oreillons (Rev. gén. Gaz. des Hôpitaux, 1895).

Comby. — Progrès médical, 11 février 1893.

— Les oreillons (Bibl. Charcot-Debove).

— Traité de médecine publié sous la direction de Grancher, II.

Deydier. — Les complications des oreillons (Biol. de Soc. méd.-chir. de la Drôme, 1904).

Dopter. — La méningite ourlienne (Th. de Paris, 1910).

Ferrand. — Un cas d'oreillons compliqué (Soc. méd. des hôpitaux, 1894, p. 180).

Fournier. — Complication des oreillons (Arch. de méd. et de phar. militaires, 1885).

Frénel. — Thèse de Strasbourg, 1815.

Gailhard. — Thèse de Montpellier, 1877, n° 41.

Gillet (H.). — Mort subite dans un cas d'oreillons (Gaz. des hôp., 1873).

Glénereau. — Sur une épidémie d'oreillons compliqués d'accidents cérébraux (Bul. de thérapeutique, 1884, p. 616).

Hamilton. — Trans. of the R. Soc. of Edinb., 1790 ; London med., 2, IX.

Healy. — Case of parotitis followed by orchitis and meningitis, High temperature, recovery (The Lancet, août 1888).

Grasset et Vires. — Montpellier Médical, 1885.
Hutinel. — Complication des oreillons (Bull. méd. Paris, 1910).
Janson-Zuède (J.). — Ann. Soc. de méd. et ch., Liège, mai 1884.
Lannois et Lemaine (G.). — Les complications méningées et cérébrales des oreillons (Arch. de Neurologie, 1886, t. XI, p. I.
Liégeois. — Progrès médical, 3 oct. 1891.
Longuet. — Complication des oreillons (Union méd., 1885).
Malabouche. — Thèse de Montpellier, 1867.
Maximovitch.— St-Petersburg med. Woch., 1880, p. 185.
Monro et Healy. — The Lancet, août 1883.
Niemeyer. — Traité de path. int., 1869 (Art. oreillons).
Nobécourt. — Art. Oreillons (Préc. de méd., inf., 1907).
Roger (H.) et Margarot. — Complications nerveuses des oreillons (Arch. de méd. exp., 1909).
Sarda (G.). — Sur quelques complications rares des oreillons (Montpellier Médical, 1888).
Trousseau. — Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, t. I, p. 253.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 1er juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 30 juin 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MARQUE SYNDICALE

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE